



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS

1. El 21 de mayo de 2011, V1, mujer que se encontraba cursando 39 semanas de gestación, acudió al Hospital General Regional Número 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Puebla, Puebla, en donde el personal que la atendió le informó que tendría un parto natural. La víctima manifestó al médico que su primer hijo había nacido mediante cesárea, y que consideraba conveniente que su segundo alumbramiento se practicara de la misma forma, pero uno de los galenos le indicó que esa circunstancia no era una cuestión de “gusto”, y que si eso era lo que ella deseaba, debía dirigirse a una clínica particular.
2. Según lo manifestó V1, el personal médico le suministró medicamentos a fin de inducirle el parto. Ahora, siendo las 16:00 horas, dado que la inducción no tuvo efecto, le fue practicada una cesárea, mediante la cual nació V2; al día siguiente, V1 se percató que el recién nacido lloraba con intensidad y que no ingería ningún tipo de leche, situación que hizo del conocimiento del personal de Enfermería, el cual le insistió que lo alimentara, porque en ese momento no había ningún médico que lo atendiera.
3. El 23 de mayo de 2011, el personal que valoró a V2 señaló que su estado de salud era adecuado y determinó su egreso. V1 y su esposo se dirigieron con V2 a su domicilio, pero debido a que durante el trayecto V2 expulsó sangre por las fosas nasales y presentó una coloración morada en la boca, regresaron al Servicio de Urgencias del Hospital General Regional Número 36, en donde al valorarlo les fue indicado que su estado de salud era grave, en razón de que había presentado un paro cardiorrespiratorio secundario a hipoglucemia, motivado por el tiempo prolongado sin ingerir alimentos.
4. V2 permaneció internado en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica y fue diagnosticado con un cuadro clínico de sepsis temprana; posteriormente, el 16 de junio de 2011, fue remitido al Servicio de Neonatología, en donde a V1 y su esposo se les informó que sería necesario practicarle una gastrostomía y funduplicatura. Finalmente, el 5 de julio de 2011, V2 fue diagnosticado con un cuadro clínico de encefalopatía hipóxicoisquémica, retraso del neurodesarrollo y encefalopatía fija motor. El día 29 del mes y año citados la víctima fue dada de alta, no obstante que a partir de ese momento tendría que ser internada en diversas ocasiones, debido a la acumulación de saliva que

constantemente produce y que no puede deglutir, precisamente como consecuencia del daño neurológico que le fue provocado por el paro cardiorrespiratorio que sufrió.

5. En consecuencia, el 5 de octubre de 2011, V1 (Q1) y su esposo (Q2) presentaron un escrito de queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el expediente CNDH/1/2011/8644/Q.

Observaciones

6. Del análisis lógicojurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/8644/Q, se contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, en agravio de V1 y V2, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital General Regional Número 36 del IMSS, en Puebla, Puebla, en atención a lo siguiente:
7. El 21 de mayo de 2011, V1, mujer que cursaba un embarazo de 39 semanas de gestación, presentó dolor lumbar y movilidad fetal, por lo que acudió al Hospital General Regional Número 36 del IMSS, siendo valorada a las 11:15 horas por AR1, médico ginecólogo, quien omitió realizar un interrogatorio y exploración física adecuados, así como ordenar que se practicara un ultrasonido para confirmar la edad gestacional y descartar la posición transversal de V2.
8. Aunado a lo anterior, se advirtió que AR1 elaboró de manera irregular la hoja de partograma, y omitió vigilar al binomio maternofetal, en razón de que no precisó el estado de la pelvis de V1, a fin de estar en posibilidad de determinar cuál sería la vía de nacimiento, es decir, si sería a través de parto natural o cesárea, situación que hubiera permitido prevenir que se practicara una cirugía de urgencia posterior, aumentado con ello los riesgos.
9. V1 ingresó a la sala de labor, donde a las 13:40 horas fue valorada por AR2, quien la encontró con signos vitales dentro de los parámetros normales; frecuencia cardíaca fetal de 145x'; embarazo de término con trabajo de parto en fase activa, con antecedentes de cesárea previa no reciente; pelvis suficiente, y peso estimado de V2 de 2,635 kg.
10. AR2 indicó como plan de manejo de V1 y V2: monitoreo cada 30 minutos, permanecer en posición decúbito lateral izquierdo, recabar estudios de laboratorio y administrar 5 UI de oxitocina; en este sentido,

el perito de esta Comisión Nacional observó que el citado servidor público, al igual que AR1, omitió efectuar una vigilancia estrecha y continua de la actividad uterina, así como de la pelvimetría y de las modificaciones cervicales.

11. Entre las 13:10 y las 15:45 horas del 21 de mayo de 2011, AR1 registró en ocho ocasiones la frecuencia cardíaca de V2, con un promedio de 125 a 150 latidos por minuto, además de que le practicó un tacto vaginal a V1, con el cual estableció que tenía una dilatación cervical de 50 % y una contracción en 10 minutos, datos que, en opinión del perito de este Organismo Nacional, eran indicativos de que el parto se había prolongado, esto es, que el trabajo de parto había fallado y que era necesario practicar una cesárea de manera inmediata.
12. AR1 desestimó la gravedad por la cual V1 y V2 estaban atravesando, y en lugar de haber suspendido el trabajo de parto a fin de evitar los riesgos de morbilidad materno-fetal, indicó que se suministraran a V2, 2.8 miligramos más de oxitocina; paralelamente, V1 le refirió a AR2 que tenía dolor intenso en el lugar en donde se le había realizado la herida quirúrgica de su anterior cesárea; al respecto, se advirtió que dicho médico también omitió ordenar que se practicara a V1 una cirugía de manera urgente, en razón de que tenía criterios de una probable dehiscencia de histerorrafia, y de que V2 presentaba una taquicardia severa, síntoma indicativo de sufrimiento fetal agudo y criterio absoluto de cesárea inmediata.
13. Es importante precisar que el sufrimiento fetal agudo es una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que tiene como consecuencia que el producto de la concepción no reciba suficiente oxígeno para realizar sus funciones vitales, generando daños irreversibles.
14. Así las cosas, AR2 se limitó a ordenar que se preparara a V1 para que se le practicara una cesárea, la cual tendría que haberse realizado dentro de los siguientes 30 minutos, con la finalidad de disminuir el tiempo de hipoxia fetal e hipoglucemia. Sin embargo, la misma se llevó a cabo casi dos horas después. Posterior a su nacimiento, V2 fue valorado por AR3, médico pediatra, quien lo reportó con respiración espontánea; cianosis central; APGAR 78; silverman 0 (valoración respiratoria): cabeza, cuello, abdomen y extremidades normales; coanas y esófago permeables; sin anomalía de venas umbilicales; sin luxación de cadera; peso de 2,800 grs; 49 cm de talla; perímetro cefálico de 33 cm; perímetro abdominal de 31 cm; capurro de 39, y ano permeable.

15. Sobre el particular, el perito de esta Comisión Nacional precisó que AR3 omitió considerar el sufrimiento fetal agudo y la hipoxia perinatal que V2 presentó, además de que no le otorgó los cuidados inmediatos para prevenir hipoglucemia y sepsis temprana. A las 09:00 horas del 22 de mayo de 2011, V2 fue valorado por AR4, quien indicó como plan de manejo cuidados generales, sin embargo, no se encontraron constancias que permitieran evidenciar que el citado servidor público hubiera realizado un interrogatorio adecuado a V1.
16. AR4 tampoco practicó un examen físico completo a V2, esto es, de la apariencia de la cabeza, ojos, cuello, clavículas, extremidades, corazón, pulmones, abdomen, genitales, ano, columna, piel, sistema nervioso central, caderas y llanto, sin que lo midiera ni graficara su peso y talla; posteriormente, el 23 de mayo de 2011, V2 fue dado de alta por AR5.
17. Para este Organismo Nacional no pasó inadvertido el hecho de que V1 le manifestó al citado servidor público que su hijo no estaba ingiriendo leche materna y que constantemente lloraba, a lo que éste le respondió que era una situación normal, debido a que para su organismo dicho alimento era nuevo, por lo que su estado de salud se encontraba bien.
18. Al respecto, el perito de esta Comisión Nacional observó que AR5 omitió realizar una adecuada e intencionada exploración clínica a V2, con la finalidad de detectar síntomas y signos que indicaran la presencia de hipoglucemia, la cual era probable debido a que había permanecido en ayuno alrededor de 12 horas, y que podría verse favorecida por el sufrimiento fetal agudo con el cual cursó.
19. AR5 tampoco realizó estudio alguno que permitiera detectar la presencia de glucosa periférica, a través de una tira reactiva y corroborar la misma; aunado a que no investigó la causa del llanto, ni difirió su egreso hasta que tolerara los alimentos a fin de monitorear su glucosa, y de esa forma estar en posibilidad de corregirla y prevenir que presentara un paro cardiorrespiratorio, tal y como sucedió después de que determinó darlo de alta.
20. Una vez que V2 fue dado de alta, durante el traslado a su domicilio, V1 y su esposo Q2 se percataron que V2 presentó sangrado de las fosas nasales, así como una coloración morada en la boca, por lo que decidieron inmediatamente regresar al multicitado Hospital General Regional Número 36 del IMSS, en donde fue diagnosticado con un cuadro clínico de paro cardiorrespiratorio secundario a hipoglucemia, por

lo que le fueron brindadas maniobras avanzadas de reanimación durante 20 minutos y se decidió ingresarlo al Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica; al día siguiente, le fue practicada una tomografía de cráneo, la cual reportó edema cerebral y hemorragia subaracnoidea.

21. A pesar de que V2 recibió la atención médica que requería, su estado de salud continuó deteriorándose, a grado tal que el 30 de mayo de 2011 presentó un segundo paro cardiorrespiratorio, cuya duración aproximada fue de cinco minutos y continuó con síntomas de hipoglucemia; posteriormente, el 5 de julio fue valorado por personal del Servicio de Neuropediatría, el cual lo diagnosticó con un cuadro clínico de encefalopatía hipóxicoisquémica y fija motora en establecimiento, así como retraso del neurodesarrollo, indicándose como plan de manejo tratamiento anticonvulsivante y terapia física; además, el 12 de julio del año citado, debido a que la víctima tenía un riesgo alto de presentar microaspiraciones, le fueron realizadas una gastrostomía y funduplicatura; finalmente, el día 29 del mes y año citados fue egresado.
22. En este orden de ideas, las irregularidades en que incurrieron AR1 y AR2 al haber omitido valorar y vigilar adecuadamente el binomio maternofetal, la pelvis de V1 y la actividad uterina, así como por no interrumpir el embarazo de manera oportuna, a través de una cesárea, provocaron sufrimiento fetal a V2, y que el cuadro clínico de hipoglucemia que presentó al nacer se agravara.
23. Ello, aunado a las omisiones de AR3, AR4 y AR5, consistentes en desestimar los factores de riesgo de V2, tales como el sufrimiento fetal y la hipoglucemia, sin brindarle el tratamiento que requería para corregir los mismos; además, omitir realizar un adecuado interrogatorio y exploración física y darlo de alta con 12 horas de ayuno y sin tolerar alimentos tuvo como consecuencia que el 23 de mayo de 2011, minutos después de haber sido egresado, presentara un paro cardiorrespiratorio, padecimiento grave que le ocasionó encefalopatía hipóxico isquémica, que dejó como secuelas: retraso en el neurodesarrollo y encefalopatía motora fija, convalidándose así la relación causaefecto entre la inadecuada atención médica y la afectación en el estado de salud de V2, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS, vulnerándose con ello el derecho a la protección de la salud.
24. Resulta importante destacar que las violaciones a los Derechos Humanos cometidas en agravio de V2 tienen una consideración especial, en razón de la condición de vulnerabilidad que prevalece en la

víctima al tratarse de un menor de edad, y que tales agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que V2 recibiera una protección especial por parte de los servidores públicos del IMSS.

Recomendaciones

PRIMERA. Tomar las medidas necesarias con el objetivo de reparar el daño ocasionado a V1 y V2, así como otorgarles atención médica y psicológica.

SEGUNDA. Adoptar las acciones necesarias para que se imparta a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente a los del Hospital General Regional Número 36 del IMSS, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en Materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales mexicanas, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, enviando a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que la reciba, en los cuales se refleje su impacto efectivo.

TERCERA. Emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General Regional Número 36 del IMSS, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

RECOMENDACIÓN No. 1/2013

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36, DEL IMSS EN EL ESTADO DE PUEBLA, EN AGRAVIO DE V1 y V2.

México, D.F., a 14 de enero de 2013.

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2011/8644/Q, relacionados con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 21 de mayo de 2011, V1, mujer de 35 de años de edad que se encontraba cursando 39 semanas de gestación, presentó dolor lumbar y contracciones, por lo que acudió al Hospital General Regional No. 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Puebla, Puebla, en donde el personal que la atendió, le informó que tendría un parto natural.

4. Ante ello, la víctima manifestó al citado personal médico que su primer hijo había nacido mediante cesárea, y que consideraba conveniente que su segundo alumbramiento se practicara de la misma forma; pero uno de los galenos, le indicó que esa circunstancia no era una cuestión de “gusto” como lo había expresado, y que si eso era lo que ella deseaba, debía dirigirse a una clínica particular, refiriéndola a una ubicada en las inmediaciones del citado nosocomio.

5. Según lo manifestó V1, el multicitado personal médico del Hospital General Regional No. 36 del IMSS, le suministró medicamentos a fin de inducirle el parto. Ahora, siendo las 16:00 horas aproximadamente del mismo día 21 de mayo, dado que la inducción no tuvo efecto, le fue practicada una cesárea naciendo V2; al día siguiente, V1 se percató que el recién nacido lloraba con intensidad y que no ingería ningún tipo de leche, situación que hizo del conocimiento del personal adscrito al servicio de Enfermería, quien le insistió que lo alimentar, sobretodo porque en ese momento no había ningún médico pediatra que lo atendiera.

6. Así las cosas, el 23 de mayo de 2011, el personal médico que valoró a V2, le señaló a V1 que el estado de salud del recién nacido era adecuado determinando su egreso. V1 y su esposo se dirigieron con V2 a su domicilio, pero debido a que éste durante el trayecto expulsó sangre por las fosas

nasales y presentó una coloración morada en la boca, regresaron al servicio de Urgencias del citado Hospital General Regional No. 36 del IMSS, en donde al valorarlo, les fue indicado que su estado de salud era grave, en razón de que había presentado un paro cardiorrespiratorio secundario a hipoglucemia, motivado por el tiempo prolongado sin ingerir alimentos.

7. V2 permaneció internado en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica del mencionado hospital, en donde fue diagnosticado con un cuadro clínico de sepsis temprana; posteriormente, el 16 de junio de 2011, el recién nacido fue remitido para su atención al servicio de Neonatología, en donde les fue informado a V1 y su esposo que sería necesario practicarle una gastrostomía y funduplicatura.

8. Finalmente, el 5 de julio de 2011, V2 fue diagnosticado con un cuadro clínico de encefalopatía hipóxica-isquémica, retraso del neurodesarrollo y encefalopatía fija motor. El 29 de ese mes y año la víctima fue dada de alta, no obstante que a partir de ese momento, tendría que ser internada en diversas ocasiones, debido a la acumulación de saliva que constantemente produce y que no puede deglutir, precisamente como consecuencia del daño neurológico que le fue provocado por el paro cardiorrespiratorio que sufrió.

9. En consecuencia, el 5 de octubre de 2011, V1 (Q1) y su esposo (Q2) presentaron escrito de queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2011/8644/Q. Ante ello, se solicitaron el informe y expediente clínico respectivos de la víctima a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS; y, una vez iniciada la investigación de mérito, este organismo nacional realizó diversas diligencias con personal del citado Instituto a fin de que se brindara a V2 la atención que requería.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja presentado por V1 y Q2, el 5 de octubre de 2011 ante esta Comisión Nacional.

11. Comunicaciones telefónicas sostenidas el 7 y 10 de octubre de 2011, entre personal de esta Comisión Nacional, V1 y Q2, con la finalidad de obtener información sobre el estado de salud de V2 y la atención médica que se le estaba proporcionando.

12. Escrito de queja presentado por V1, el 14 de octubre de 2011, ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Puebla, remitido en razón de competencia a este organismo nacional, a través del oficio No. DQO-3882/2011, de esa misma fecha, por el primer visitador general, al cual anexó la siguiente documentación:

- a. Hoja de contrareferencia de V1, emitida el 23 de mayo de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, en Puebla, Puebla.
- b. Nota de alta hospitalaria de V2, elaborada el 23 de mayo de 2011, por AR5, médico pediatra adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, en Puebla, Puebla.
- c. Nota de alta de cubículo de V2, realizada el 29 de julio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, en Puebla, Puebla.

13. Constancias de los expedientes clínicos de V1 y V2, así como también los informes generados con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, enviados a este organismo nacional a través del oficio No. 09521746B0/0018084, de 10 de noviembre de 2011, por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH, de los que destacaron:

- a. Notas médicas y prescripción de V1, elaboradas el 21 de febrero y 28 de abril de 2011, por personal médico adscrito al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- b. Hoja de vigilancia y atención del parto de V1, realizada a las 11:15 horas del 21 de mayo de 2011, por AR1, médico ginecólogo adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- c. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería de V1, elaborados a las 13:15 horas del 21 de mayo de 2011, por personal del citado servicio adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- d. Nota de ingreso e historia clínica de V1, efectuada a las 13:40 horas del 21 de mayo de 2011, por AR2, médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, quien no pudo ser identificado.
- e. Nota preoperatoria de V1, elaborada a las 14:30 horas del 21 de mayo de 2011, por AR2, médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- f. Notas médicas y prescripción de V1, emitida a las 14:24 horas del 21 de mayo de 2011, por AR2, médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- g. Consentimiento informado en planificación familiar de 21 de mayo de 2011, suscrito por V1, dos testigos y personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- h. Nota técnica quirúrgica de V1, realizada a las 17:20 horas del 21 mayo de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- i. Notas postquirúrgica y de indicaciones postcesárea de V1, efectuadas a las 17:20 horas del 21 de mayo de 2011, por

personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.

- j.** Registro de anestesia y recuperación de V1, elaborada el 21 de mayo de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- k.** Nota de ingreso a piso de V1, realizada a las 22:25 horas del 21 de mayo de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- l.** Nota médica de evolución matutina de V1, elaborada el 22 de mayo de 2011, por AR1, médico ginecólogo adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- m.** Nota médica de evolución de V2, efectuada a las 09:00 horas del 22 de mayo de 2011, por AR4, médico pediatra adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- n.** Nota médica de evolución matutina de V1, efectuada el 23 de mayo de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- ñ.** Nota médica de evolución de V2, emitida a las 07:30 horas del 23 de mayo de 2011, por AR5, médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- o.** Nota médica de V2, realizada a las 12:55 horas del 23 de mayo de 2011, por AR1, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- p.** Nota médica de V2, efectuada el 12 de octubre de 2011, por personal médico adscrito al servicio de Neumología Pediátrica del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- q.** Resumen clínico de V1, suscrito por el jefe del Servicio de Tococirugía del turno vespertino del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- r.** Informes sobre la atención médica proporcionada a V1 y V2, emitidos por AR1, AR2, y otros servidores públicos adscritos al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.

14. Actuaciones realizadas mediante brigadas de trabajo, el 10 y 24 de enero, 7 y 14 de febrero de 2012, por personal de esta Comisión Nacional con servidores públicos de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a fin de que se remitiera copia íntegra y legible del expediente clínico de V1 y V2, generado con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.

15. Constancias del expediente clínico de V2, generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, enviadas a este organismo nacional mediante el oficio No. 09521746B0/1148, de 23 de enero de 2012, por el titular de la División de Atención a Quejas CNDH, de los que destacaron:

- a. Hoja de recién nacido de V2, emitida a las 16:12 horas del 21 de mayo de 2011, por AR3, médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- b. Notas de evolución de V2, elaboradas el 22 y 23 de mayo de 2011, por AR4 y otros servidores públicos del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, que no pudieron ser identificados.

16. Constancias del expediente clínico de V2, generado con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, proporcionadas el 14 de febrero de 2012, por personal del citado instituto a esta Comisión Nacional, mediante brigada de trabajo, de las que destacaron:

- a. Notas médicas de V2, elaboradas a las, 16:00 y 11:30, horas del 30 y 31 de mayo de 2011, por personal médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- b. Notas médicas de V2, realizadas a las 11:30, 11:45, 12:00, 12:10, 14:00, 20:40, 20:45, 21:00 y 22:00 horas del 2, 6, 7, 8, 11, 12, 13 y 14 de junio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- c. Nota médica de revisión y alta de V2, realizada a las 10:40 horas del 16 de junio de 2011, por personal médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- d. Notas médicas de V2, elaboradas a las 07:30, 07:40, 08:00, 14:30 y 23:45 horas del 16, 18, 21, 23, 24, 28 y 30 de junio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- e. Notas médicas de evolución de V2, efectuadas a las 07:45, 09:00, 10:30, 10:58 y 14:30 horas del 2, 4, 5, 6, 8, 9 de julio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- f. Nota postquirúrgica de V2, realizada el 12 de julio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- g. Orden médica para interconsulta al servicio de Oftalmología de V2, emitida a las 21:00 horas del 16 de julio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.
- h. Notas médicas de V2, elaboradas a las 07:40, 14:30, 21:00 y 21:30 horas del 13, 14, 24, 27, 28 de julio de 2011, por personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.

17. Actuaciones realizadas mediante brigadas de trabajo, el 21 de febrero, 27 de marzo, 10 y 24 de abril de 2012, por personal de esta Comisión Nacional con servidores públicos de la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, a fin de solicitar nuevamente que se remitieran copias legibles de algunas de las constancias de los expedientes clínicos de V1 y V2, generados con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.

18. Opinión médica emitida el 27 de julio de 2012 por un perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1 y V2, en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla.

19. Entrevista realizada el 8 de agosto de 2012 por personal de este organismo nacional a V1, quien precisó que V2 presentaba dificultades para respirar, así como secuelas neurológicas, como consecuencia de los dos paros cardiorrespiratorios que sufrió.

20. Comunicación telefónica sostenida el 17 de agosto de 2012, entre personal de esta Comisión Nacional y un servidor público adscrito a la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, en la que informó que derivado de los hechos cometidos en agravio de V1 y V2 se había iniciado una queja en el Instituto, pero que no tenía los datos del número de expediente ni conocimiento de la situación que guardaba la misma.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. El 21 de mayo de 2011, V1, mujer de 35 de años de edad que cursaba con un embarazo de 39 semanas de gestación, presentó dolor lumbar y contracciones, por lo que acudió al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, en Puebla, Puebla, donde fue tratada por AR1 y AR2; posteriormente, siendo las 16:00 horas aproximadamente, se registró el nacimiento de su hijo V2, quien fue valorado desde ese momento y hasta el 23 de ese mes y año, por los médicos AR3, AR4 y AR5.

22. Ahora bien, el 5 de julio de 2011, V2 fue diagnosticado con un cuadro clínico de secuelas de encefalopatía hipóxico isquémica y motora fija, así como retraso del neurodesarrollo, derivadas del paro cardiorrespiratorio que sufrió el 23 de mayo de ese año, como consecuencia de la hipoglucemia que presentó y que no fue corregida adecuada y oportunamente, por AR3, AR4 y AR5, médicos del Hospital General Regional No. 36 del IMSS.

23. Al respecto, es importante precisar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación no se tuvieron constancias de que se hubiera iniciado

averiguación previa relacionada con los hechos y solamente se tuvo conocimiento a través de una comunicación telefónica sostenida el 17 de agosto de 2012, entre personal de esta Comisión Nacional y un servidor público adscrito a la División de Atención a Quejas CNDH del IMSS, de que en ese Instituto se había iniciado una queja, pero sin que se precisara los datos del expediente ni el estado en el que se encontraba.

IV. OBSERVACIONES

24. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/8644/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, en agravio de V1 y V2, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, en atención a lo siguiente:

25. El 21 de mayo de 2011, V1, mujer que cursaba un embarazo de 39 semanas de gestación, presentó dolor lumbar y movilidad fetal, por lo que acudió al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, siendo valorada a las 11:15 horas por AR1, médico ginecólogo, quien a su exploración física la encontró con: presión arterial 110/60 mm/Hg, edema (+), hemorragia (-), dos contracciones en diez minutos, tono uterino normal, membranas íntegras, frecuencia cardíaca fetal de 138x', intensidad (+++) y ritmo normal, cuello del útero posterior blando, de longitud 1 cm. y 30 cm. de altura del útero; asimismo, indicó que la paciente presentaba como factor de riesgo una cesárea previa.

26. Así las cosas, AR1 diagnosticó a V1 con un cuadro clínico de embarazo de 39 semanas de gestación por amenorrea y trabajo de parto en fase activa, por lo que indicó como plan de manejo su ingreso a sala de labor; al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, observó que el citado servidor público omitió realizar a la víctima, un interrogatorio y exploración física adecuados; así como el ordenar, que se le practicara un ultrasonido para confirmar la edad gestacional y descartar la posición transversal de V2, que había sido detectada en el control prenatal.

27. Aunado a lo anterior, se advirtió que AR1 elaboró de manera irregular la hoja de partograma, y omitió vigilar de manera estrecha y continua al binomio materno-fetal, en razón de que no precisó el estado de los tres estrechos de la pelvis de V1, a fin de estar en posibilidad de determinar cuál sería la vía de nacimiento adecuada; es decir, si sería a través de parto natural o cesárea, situación que hubiera permitido prevenir que se practicara a V1 una cirugía de urgencia posterior, aumentado con ello los riesgos para V1 y V2.

28. Ahora bien, V1 ingresó a la sala de labor del Hospital General Regional No. 36 del IMSS, donde a las 13:40 horas del mismo día fue valorada por AR2, médico de quien no se pudo identificar su especialidad ni el área de adscripción debido a que omitió asentar sus datos en las notas respectivas; y, quien a la

exploración física de la víctima, la encontró con: signos vitales dentro de los parámetros normales, frecuencia cardíaca fetal de 145x', embarazo de término con trabajo de parto en fase activa, con antecedentes de cesárea previa no reciente, pelvis suficiente y peso estimado de V2 de 2,635 kg.

29. Asimismo, AR2 indicó como plan de manejo de V1 y V2: monitoreo cada 30 minutos, permanecer en posición decúbito lateral izquierdo, recabar estudios de laboratorio y administrar 5 UI de oxitocina; en este sentido, el perito médico de esta Comisión Nacional observó que el citado servidor público, al igual que AR1, omitió efectuar una vigilancia estrecha y continua de la actividad uterina, así como de la pelvimetría y de las modificaciones cervicales.

30. Es importante destacar que, entre las 13:10 y las 15:45 horas del 21 de mayo de 2011, AR1 registró en ocho ocasiones la frecuencia cardíaca de V2, con un promedio de 125 a 150 latidos por minuto, además de que le practicó un tacto vaginal a V1, con el cual estableció que tenía una dilatación cervical del 50% y una contracción en 10 minutos, datos que, en opinión del perito de este organismo nacional, eran indicativos de que el parto se había prolongado, siendo el tiempo normal para mujeres multíparas de tres horas y media y no mayor de cuatro; esto es que, el trabajo de parto había fallado y que era necesario practicar una cesárea de manera inmediata.

31. Por lo anterior, se advirtió que AR1 desestimó la gravedad por la cual V1 y V2 estaban atravesando, y en lugar de haber suspendido el trabajo de parto a fin de evitar los riesgos de morbi-mortalidad materno-fetal, indicó que se suministraran a V2, 2.8 miliunidades más de oxitocina, con la finalidad de continuar con el trabajo de parto natural.

32. Paralelamente, a las 14:30 horas V1 le refirió a AR2 que tenía dolor intenso en el lugar en donde se le había realizado la herida quirúrgica de su anterior cesárea (histerorrafia); al respecto se advirtió que dicho médico, también omitió ordenar que se practicara a V1 una cirugía de manera urgente, en razón de que tenía criterios de una probable dehiscencia de histerorrafia, y de que V2 presentaba una taquicardia severa de 180-190 latidos por minuto, síntoma indicativo de sufrimiento fetal agudo y criterio absoluto de cesárea inmediata.

33. En este orden de ideas, es importante precisar que el sufrimiento fetal agudo es una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que tiene como consecuencia que el producto de la concepción no reciba suficiente oxígeno para realizar sus funciones vitales, generando daños irreversibles.

34. Así las cosas, AR2 se limitó a ordenar que se suministrara a V1, ranitidina, metoclopramida y cefotaxima, así como prepararla para que se le practicara una cesárea urgente; es decir, que tendría que haberse realizado dentro de los siguientes 30 minutos, con la finalidad de disminuir el tiempo de hipoxia fetal e

hipoglucemia. Sin embargo, la misma se llevó a cabo casi dos horas después, esto es a las 16:12 horas, según se desprendió de la hoja de técnica quirúrgica, en la que además, se precisó que se obtuvo a V2, producto masculino de 39 semanas de gestación y líquido meconial ++, indicativo de sufrimiento fetal agudo.

35. Posterior a su nacimiento, V2 fue valorado por AR3, médico pediatra adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, quien lo reportó con: respiración espontánea; cianosis central; APGAR 7-8; silverman 0 (valoración respiratoria): cabeza, cuello, abdomen y extremidades normales; coanas y esófago permeables; sin anomalía de venas umbilicales; sin luxación de cadera; peso de 2,800 grs; 49 cm de talla; perímetro cefálico de 33 cm; perímetro abdominal de 31 cm; capurro de 39 y ano permeable.

36. Asimismo, dicho servidor público indicó como plan de manejo de V2: profilaxis antihemorrágica y contra la oftalmía purulenta, suministrar vitamina K IM y cloranfenicol oftálmico, realizarle el tamiz neonatal dentro de las siguientes 48 horas en su unidad médica, pasar a la madre con lactancia exclusiva y cuidados generales del servicio de Enfermería; sobre el particular, el perito médico de esta Comisión Nacional precisó que AR3 omitió considerar el sufrimiento fetal agudo y la hipoxia perinatal que V2 presentó, las cuales se manifestaron a través de taquicardia severa y líquido meconial; además de que no le otorgó los cuidados inmediatos para prevenir hipoglucemia y sepsis temprana.

37. En este tenor, a las 09:00 horas del 22 de mayo de 2011, V2 fue valorado por AR4, médico pediatra adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS, quien lo reportó con inmunizaciones al corriente e indicó como plan de manejo cuidados generales de recién nacido; sin embargo, no se encontraron constancias en el expediente clínico que permitieran evidenciar que el citado servidor público hubiera realizado un interrogatorio adecuado a V1.

38. Aunado a lo anterior, se desprende que AR4 tampoco practicó un examen físico completo con toma de signos vitales básicos indispensables a V2, esto es, de la apariencia de la cabeza, ojos, cuello, clavículas, extremidades, corazón, pulmones, abdomen, genitales, ano, columna, piel, sistema nervioso central, caderas y llanto, sin que lo midiera ni graficara su peso y talla, tal como lo señalan la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Sobre Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio y la Guía de Referencia Rápida. Atención del Recién Nacido Sano.

39. El 23 de mayo de 2011, V2 fue dado de alta del Hospital General Regional No. 36 del IMSS por AR5, médico tratante que no se pudo identificar su nombre completo, especialidad, servicio de adscripción ni cédula profesional, debido a que no los refirió en la nota médica que elaboró, quien lo reportó con: 36.8°C de temperatura; frecuencia cardiaca 138 x'; frecuencia respiratoria 42 x'; hidratación adecuada; coloración de tegumentos rosado; cuello normal;

cardiopulmonar, abdomen, cordón umbilical, extremidades y genitales normales; ortolani negativo; vacunas BCG y hepatitis B; micciones y evacuaciones presentes y tolerando adecuadamente la vía oral.

40. Ante ello, AR5 indicó como plan de manejo de V2: alimentación con leche materna y completar con fórmula, llevarlo a su unidad de medicina familiar para practicarle el tamiz metabólico y acudir a consulta a los 7 días de vida; precisando que en caso de que tuviera fiebre, vómito, sangrado por cualquier vía y coloración amarillenta de la piel, se presentara en el servicio de Urgencias; en este sentido, no pasó desapercibido para este organismo nacional, el hecho de que V1 le manifestó al citado servidor público, que su hijo no estaba ingiriendo leche materna y que constantemente lloraba, a lo que éste le respondió que era una situación normal, debido a que para su organismo dicho alimento era nuevo, por lo que su estado de salud se encontraba bien y que sería dado de alta.

41. Al respecto, el perito de esta Comisión Nacional observó que AR5 omitió realizar una adecuada e intencionada exploración clínica a V2, con la finalidad de detectar síntomas y signos que indicaran la presencia de hipoglucemia, la cual era probable, debido a que había permanecido en ayuno alrededor de doce horas, y que podría verse favorecida por el sufrimiento fetal agudo con el cual cursó.

42. Igualmente, AR5 tampoco realizó estudio alguno que le permitiera detectar la presencia de glucosa periférica, a través de una tira reactiva y corroborar la misma; aunado a que no investigó la causa del llanto, ni difirió el egreso del niño hasta que tolerara los alimentos a fin de monitorear su glucosa sanguínea, y de esa forma, estar en posibilidad de corregirla y prevenir que éste presentara un paro cardiorrespiratorio, tal y como sucedió minutos después de que determinó darlo de alta.

43. Por lo anterior, AR5 dejó de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, así como la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Hipoglucemia Neonatal Transitoria, del Consejo de Salubridad General, las cuales en términos generales señalan que en ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial.

44. Una vez que V2 fue dado de alta, durante el traslado a su domicilio, V1 y su esposo Q2, se percataron que éste presentó sangrado de las fosas nasales, así como una coloración morada en la boca, por lo que decidieron inmediatamente regresar al multicitado Hospital General Regional No. 36 del IMSS.

45. Al respecto, de las notas emitidas por médicos adscritos al citado hospital se desprendió que el 23 de mayo de 2011, V2 presentó sialorrea, epistaxis y cianosis central, por lo que sus padres lo ingresaron al servicio de Urgencias, en donde fue diagnosticado con un cuadro clínico de paro cardiorrespiratorio secundario a hipoglucemia, por lo que le fueron brindadas maniobras avanzadas de reanimación durante veinte minutos y se decidió ingresarlo al servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, en donde permaneció internado con ventilación mecánica, apoyo de aminas y cobertura antimicrobiana; además de que al día siguiente, le fue practicada una tomografía de cráneo, la cual reportó edema cerebral y hemorragia subaracnoidea.

46. A pesar de que V2 recibió la atención médica que requería, su estado de salud continuó deteriorándose, a grado tal que el 30 de mayo de 2011, presentó un segundo paro cardiorrespiratorio, cuya duración aproximada fue de cinco minutos y continuó con síntomas de hipoglucemia.

47. Posteriormente, el 5 de julio de 2011, V2 fue valorado por personal médico del servicio de Neuropediatría, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de encefalopatía hipóxico-isquémica y fija motora en establecimiento, así como retraso del neurodesarrollo, indicándose como plan de manejo tratamiento anticonvulsivante y terapia física; además, el 12 de julio de ese año, debido a que la víctima tenía un riesgo alto de presentar microaspiraciones le fueron realizadas una gastrostomía y funduplicatura; finalmente el 29 siguiente fue egresado.

48. En este orden de ideas, las irregularidades en que incurrieron AR1 y AR2, al haber omitido valorar y vigilar adecuadamente el binomio materno-fetal, la pelvis de V1 y la actividad uterina, así como por no interrumpir el embarazo de manera oportuna, a través de una cesárea, provocaron sufrimiento fetal a V2, y que el cuadro clínico de hipoglucemia, que presentó al nacer, se agravara.

49. Ello, aunado a las omisiones de AR3, AR4 y AR5, consistentes en desestimar los factores de riesgo de V2, tales como el sufrimiento fetal e hipoglucemia, sin brindarle el tratamiento que requería para corregir los mismos; omitir realizar un adecuado interrogatorio y exploración física y darlo de alta con 12 horas de ayuno y sin tolerar alimentos, tuvo como consecuencia que el 23 de mayo de 2011, minutos después de haber sido egresado, éste presentara un paro cardiorrespiratorio, padecimiento grave que le ocasionó encefalopatía hipóxico isquémica, y que dejó como secuelas: retraso en el neurodesarrollo y encefalopatía motora fija; convalidándose así, la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y la afectación en el estado de salud de V2, y con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del IMSS.

50. Lo anterior, se corroboró con la nota médica de 23 de junio de 2011, en la cual el personal médico que la emitió señaló que, efectivamente, dos días posteriores a su nacimiento, V2 sufrió un paro cardiorrespiratorio secundario a hipoglucemia y que por dicha circunstancia había ameritado apoyo mecánico

ventilatorio e ingresado a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital General Regional No. 36 del IMSS.

51. En este contexto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, dejaron de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio; la cual ha sido mencionada en las recomendaciones 05/2011, 37/2011, 06/2012, emitidas por esta Comisión Nacional, haciendo hincapié en la importancia que tiene precisamente llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto.

52. La citada Norma Oficial Mexicana, establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas, que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos; asimismo, indica que en ningún caso se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de cuatro días sin nutrición natural o artificial.

53. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana, tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y a prevenir la aparición de complicaciones; a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, y adicionalmente a brindar una atención con mayor calidez.

54. Además de lo anterior, no pasó desapercibido para este organismo nacional que el expediente clínico de V1 y V2 no fue remitido en su totalidad, y que varias de las notas generadas con motivo de la atención proporcionada a las víctimas presentaban irregularidades, tales como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación.

55. Las irregularidades mencionadas, son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que tales omisiones representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello, el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

56. Esta situación, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este organismo nacional en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012 y 24/2012, en las que se señalaron precisamente, las irregularidades en las que

incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

57. La sentencia del caso “*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

58. Debe señalarse, que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación, son de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, en sus numerales 1 y 2; y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.

59. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

60. En virtud de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, vulneró en agravio de V1 y V2 el derecho a la protección de la salud, contenido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61, fracciones I y II, 61 Bis y 63, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como, 6, 8, 43, 71 y 90, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

61. Igualmente, los servidores públicos señalados en el párrafo anterior no observaron las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud previstas en los instrumentos jurídicos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo a lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

62. Al respecto, los numerales 24.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 19, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 25.1 y 25.2, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, incisos a) y c), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a) y d) y 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico y de adoptar para ello, las medidas necesarias para su plena efectividad.

63. Para esta Comisión Nacional, resulta importante destacar que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V2, tienen una consideración especial, en razón de la condición de vulnerabilidad que prevalece en la víctima al tratarse de un menor de edad; y que tales agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que V2, recibiera una protección especial por parte de los servidores públicos del IMSS.

64. En este tenor, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño confirma lo expresado al señalar que las autoridades deben de atender al interés superior de la niñez, es decir, que para la toma de cualquier decisión o medida por parte de las mismas es necesario considerar, de manera previa y preferente, el bienestar de los menores y favorecer a su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés.

65. Igualmente, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, Puebla, con su conducta omitieron desempeñar con la debida diligencia las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen éstos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

66. Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

67. En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que afirmó que dicho derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad.

68. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, el personal adscrito al Hospital General Regional No. 36, del IMSS, debió considerar el interés superior de los pacientes, realizando una adecuada valoración del binomio materno-fetal, que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarles a V1 y V2 la atención médica que requerían, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

69. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

70. En este sentido, el artículo 7, párrafo tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su parte conducente, establece que dicho Instituto será corresponsable con el personal médico de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

71. De igual forma, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de

los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de su atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto IMSS, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

72. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Tomar las medidas necesarias, con el objetivo de reparar el daño ocasionado a V1 y V2, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General Regional No. 36 del IMSS, así como otorgar a V1 y V2 la atención médica y psicológica necesaria para restablecer su estado emocional, enviando a este organismo nacional, las pruebas con las que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Adoptar las acciones necesarias, para que se imparta a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente a los del Hospital General Regional No. 36 del IMSS, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento, enviando a esta Comisión Nacional, los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que la reciba, en los cuales se refleje su impacto efectivo.

TERCERA. Emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General Regional No.36 del IMSS, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramitan ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

CUARTA. Girar sus instrucciones a quien corresponda, para que los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, especialmente los adscritos al multicitado hospital, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Colaborar ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

73. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

74. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

75. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

76. La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique tal negativa.

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA